

**Дифференцированный подход к дородовой подготовке  
беременных женщин с различными формами умственной отсталости**

В настоящее время умственная отсталость встречается примерно у 1-3% населения. В связи с этим, понятно, что в своей практической деятельности врачам (акушерам-гинекологам, неонатологам, психотерапевтам и психиатрам), перинатальным психологам приходится сталкиваться с беременными, имеющими расстройства интеллекта разной степени выраженности. Чаще всего это женщины не с приобретенным слабоумием (деменцией), а с общим психическим недоразвитием, являющимся патологическим состоянием, развившимся в результате перенесённой болезни на самых ранних этапах онтогенеза. Это могут быть внутриутробные инфекционные поражения (краснуха, сифилис, токсоплазмоз и пр.); генетически обусловленные нарушения развития; иммунологическая несовместимость крови матери и плода; асфиксия, травмы, полученные ими в процессе родов; вредные факторы, воздействующие на девочек в первые три года постнатального периода (нейроинфекции, черепно-мозговые травмы, выраженные интоксикации) и др. В качестве названия врожденного не прогрессирующего умственного недоразвития в 1915 году Э. Крепелин предложил термин – «олигофрения» (греч.: oligos – малый, phren – разум).

В процессе подготовки к родам и материнству женщин с общим психическим недоразвитием возникают серьезные проблемы, так как их способность к независимой социальной адаптации сильно ограничена. При наступлении беременности женщина должна своевременно встать на учет, осознавать происходящие с ней изменения, регулярно посещать женскую консультацию, выполнять рекомендации врачей. Во время беременности формируется холдинг (англ.: to hold – заботиться, держать на руках), позволяющий сохранять общие границы и диадные отношения матери и ребенка после рождения, что необходимо для выживания и развития младенца. Холдинг определяет качество заботы и внимания (включая и грудное вскармливание), которыми мать окружает новорожденного[1].

Женщина с интеллектуальным дефектом может испытывать серьезные трудности, сталкиваясь с необходимостью перемен образа жизни в связи с беременностью, или быть вообще неспособной к ним без посторонней помощи. Умственная отсталость препятствует формированию полноценного холдинга, а недостаточно качественный контакт между матерью и ребенком не обеспечивает удовлетворения его потребностей, не создает должного физического и психического комфорта, приводит к повышению уровня сепарационной тревоги младенца, к нарушениям его функционирования и развития.

Чтобы справиться с этими проблемами, необходимо оценить степень тяжести умственной отсталости и клинические особенности её проявлений у беременной женщины. Только это с учетом её бытовых условий, семейной ситуации, социального статуса позволяет разработать дифференцированный, адекватный подход к работе с конкретной беременной, имеющей подобные нарушения. Важно иметь в виду, что женщины с олигофренией имеют основания для оформления инвалидности и получения денежного пособия.

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) в рубрике 7 с учетом общей оценки способностей человека, его возможностей к обучению, самообслуживанию, социальной адаптации было выделено 4 степени интеллектуального

дефекта: легкая умственная отсталость (дебильность) (F 70), умеренная умственная отсталость (легкая и средняя степени имбецильности) (F 71), тяжелая умственная отсталость (тяжелая степень имбецильности) (F 72) и глубокая умственная отсталость (идиотия) (F 73) [3].

Качественные клинические особенности общего психического недоразвития наиболее четко и полно отражены в классификации, предложенной С.С. Мнухиным и разработанной Д.Н. Исаевым [2], которая учитывает независимо от степени тяжести непрогредиентной умственной отсталости нарушения не только интеллектуальной, но и иных психических сфер, прежде всего, эмоционально-волевой. Выделены стеническая, астеническая, дисфорическая и атоническая формы общего психического недоразвития, имеющие различные варианты.

Практически с беременными женщинами, у которых при исследовании по методике Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS) определен коэффициент умственного развития (IQ) указывающий на *глубокую умственную отсталость* (идиотию – IQ=20 баллов) или *тяжелую умственную отсталость* (тяжелую имбецильность – IQ=20-34 балла) встречаться приходится крайне редко. Самосознание у этих больных отсутствует. Как правило, эти женщины не способны самостоятельно удовлетворять простейшие жизненные потребности (следовать элементарным правилам гигиены, одеваться, пользоваться туалетом, питаться и т.д.). В связи с этим они нуждаются в постоянном надзоре окружающих, препятствующих возникновению ситуаций, результатом которых может быть наступление беременности. Кроме того часто тяжелая умственная отсталость сочетается с грубыми двигательными и соматическими расстройствами, делающими беременность невозможной. Если все же у женщины с тяжелой или глубокой умственной отсталостью беременность наступает, то, учитывая отсутствие у неё простейших навыков самообслуживания, полноценной речи, невозможность обучения, решается вопрос об искусственном прерывании беременности на ранних сроках. Если роды все-таки происходят, то, разумеется, мать не способна ухаживать за ребенком и обеспечивать холдинг приходится кому-то другому (здоровым родственникам, медицинским работникам, персоналу дома ребенка и пр.).

При возникновении беременности у женщин, имеющих *варианты имбецильности легкой или средней степени тяжести* (умеренная умственная отсталость –IQ=35-49), также часто решается вопрос об искусственном прерывании беременности. Если этого не происходит, важно оценить семейную ситуацию женщины, её возможности. Как правило, такие женщины овладевают простейшей фразовой речью и способны к продуктивному вербальному контакту. Они обучаемы в определенных пределах, путем тренировки подражательных действий могут овладевать навыками самообслуживания, следить за собой, выполнять простые домашние обязанности. Они могут неплохо адаптироваться в привычных условиях, однако, любые перемены приводят к дезадаптации. Беременность, меняющая и физическое, и психическое состояние женщины, появление новых испытаний обязанностей в связи с предстоящими родами и материнством, как правило, приводят к тяжелой дезадаптации. Поэтому такие женщины при сохранении беременности нуждаются в постоянном психологическом сопровождении, как и члены их семей, которые должны получать рекомендации психолога относительно общения с беременной, быть готовыми к тому, что вся тяжесть ухода и за младенцем и за родильницей ляжет на них. Мать и ребенок не смогут жить

самостоятельно, будут нуждаться в постоянном уходе, руководстве и контроле. Однако, в отличие от женщин с глубокой и тяжелой умственной отсталостью, общение ребенка с матерью, имеющей имбецильность легкой или средней степени тяжести, не только допустимо, но и необходимо при контроле специалистов и родственников.

Беременные женщины с легкой степенью умственной отсталости (дебильностью – IQ=50-69 баллов), встречаются довольно часто, однако, к сожалению, методических разработок, касающихся их психологического сопровождения, оказания им и членам их семей психологической помощи нет.

Не только у них, но и у женщин предыдущей группы целесообразно диагностировать клиническую форму и вариант общего психического недоразвития. Но для беременных женщин с легкой степенью умственной отсталости это особенно важно, так как они обладают большей дифференцированностью психики и индивидуальными личностными особенностями. Понимание клинической картины расстройства ориентирует специалистов (врачей, психологов, социальных работников) на постановку конкретных задач в работе с пациентками, позволяет находить оптимальные пути решения сложных задач.

Общими особенностями для этой группы женщин являются удовлетворительная адаптация к обычным условиям жизни, относительная самостоятельность, возможность вовлечения в трудовые процессы как дома, так и на производстве, конкретно-образный способ мышления, трудности абстрагирования, эмоционально-волевые расстройства, повышенная внушаемость. Обиходная речь, как правило, развита у них неплохо. Большинство из них способны при наглядном и конкретном обучении усвоить обычно включаемые в программы дородовой подготовки простейшие навыки. Однако времени на такое обучение им требуется значительно больше, чем обычным беременным женщинам. С ними предпочтительны не групповые, а индивидуальные занятия.

Женщины со *стенической формой* общего психического недоразвития отличаются сравнительно равномерным снижением интеллектуально-мнестических функций. В случае средней или легкой умственной отсталости, они, хотя и с трудом, осваивают многие необходимые навыки, и, главное, умеют в полной мере применять их в обыденной жизни. Поэтому такие женщины вполне трудоспособны и неплохо адаптируются в обыденной жизни, могут овладевать несложными профессиями, зарабатывать, жить самостоятельно, знакомиться и вступать в половые отношения с мужчинами, выходить замуж.

Успешность этих женщин во многом зависит от особенностей их семей, полученного воспитания. Очень важно, чтобы девочка не чувствовала себя не оправдавшей надежды родителей, что происходит, когда они не могут смириться с интеллектуальным дефектом дочери. Уровень притязаний к ней родителей во много раз превышает её возможности. Правдами и неправдами они пытаются устроить ребенка в престижную школу, постоянно говорят о необходимости высшего образования. Не в силах соответствовать родительским амбициям, ребенок становится тревожным. Возникающий при этом комплекс неполноценности приводит к развитию невротических реакций, как правило, по истерическому типу или по типу навязчивостей, символически отражающих аутоагрессивные тенденции (онихофагия, трихотилломания и т.п.). Подобная ситуация способствует формированию *неуравновешенного варианта* стенической формы общего психического недоразвития. Этот вариант характеризуется

эмоциональной лабильностью, склонностью к аффектам, усугубляющихся в пубертатном возрасте. Попытки снизить тревогу и компенсировать дефицит положительных эмоций часто приводит к тому, что мотивация сложных произвольных актов становится преимущественно гедонистической. Будучи внушаемыми, такие девушки часто попадают в компании делинквентных сверстников, курят, алкоголизируются, вступают в случайные половые связи. Беременности при неуравновешенном варианте чаще возникают в юном возрасте от случайных партнеров. Как правило, у беременных этой группы формируется гипогестозический вариант психологического компонента гестационной доминанты. Конечно, такие беременные женщины и члены их семей нуждаются в индивидуальной работе с психологом, а нередко необходима помощь психотерапевта.

При понимании родителями особенностей дочери, при принятии её такой, какая она есть, при адекватных требованиях к девочке с общим психическим недоразвитием формируется *уравновешенный вариант*. Этот вариант наиболее благоприятен для реализации имеющихся, пусть и небольших ресурсов. Девочки растут послушными, трудолюбивыми, охотно и весьма успешно занимаются в различных кружках, спортивных секциях. Для них характерны гиперсоциальные черты личности. Повзрослев, они приобретают несложную профессию, выходят замуж. Беременность у этих женщин, как правило, от постоянного партнера, иногда запланированная. В стабильно защищённых социальных условиях, чувствуя поддержку окружающих, у беременных женщин с уравновешенным вариантом общего психического недоразвития их интеллектуальный дефект может почти не проявляться, быть неочевидным. Такая женщина может вполне удовлетворительно выносить и родить ребенка, обеспечить холдинг, быть достаточно хорошей матерью и женой.

Женщины с *астенической формой общего психического недоразвития* отличаются низкой трудоспособностью в связи с повышенной утомляемостью, быстрой истощаемостью. В зависимости от степени глубины интеллектуального дефекта они могут с трудом или с легкостью овладевать знаниями и умениями, однако испытывают большие затруднения в использовании практических навыков в практической жизни в нужное время в соответствующей ситуации, что затрудняет их адаптацию. Конечно, беременность сильно осложняет жизнь таких женщин, изматывает их, нарастает астенизация. После родов даже при неглубокой умственной отсталости они неспособны ухаживать за своими детьми и нуждаются в помощи. Это характерно для *основного варианта* астенической формы. Помимо основного есть и другие варианты, определяемые клиническими особенностями, отмечающимися у разных женщин этой группы.

При *брадипсихическом варианте*, кроме уже описанных черт, имеющихся у женщин с основным вариантом, отмечается замедление психических процессов. Особенно это заметно при беседе с такими женщинами. Ответы на простые вопросы они дают после паузы, с трудом находят нужные слова, речь медленная, иногда напоминающая речь депрессивных больных. Замедленность мышления проявляется трудностями, которые они испытывают при установлении причинно-следственных связей, при принятии решения. Понятно, что такие беременные женщины нуждаются в постоянном руководстве и контроле, в индивидуальном подходе. Приглашать их на групповые занятия по дородовой подготовке нецелесообразно. Самостоятельно без посторонней помощи ухаживать за своим ребенком женщины этой группы неспособны.

Если наряду с проявлениями астенической формы общего психического недоразвития у женщины выражены речевое недоразвитие, невнятное косноязычное произношение слов, иные речевые расстройства, то это является признаком *дислалического варианта*. При этом все сложности, которые мешают социальной адаптации женщинам при основном варианте, усугубляются коммуникативными трудностями даже при относительно удовлетворительной ориентации в бытовых ситуациях. Став матерями, женщины с этим вариантом не способны формировать необходимый в диаде протодиалог с младенцем, не могут дифференцировать плач ребенка, отражающий его разные потребности.

При *диспрактическом варианте* на передний план выступает моторная неловкость женщин, иногда сочетающаяся с гиперактивностью, нарушениями внимания. Беременность делает этих женщин еще более неловкими и быстро утомляемыми, что очень осложняет выполнение ими обычных бытовых дел. Плохая тонкая моторика не позволяет им даже при большом желании осуществлять уход за младенцем.

У всех женщин с астенической формой общего психического недоразвития отмечается ухудшение памяти, но если это является ведущим расстройством в клинической ратине при относительно сохранных других психических функциях, то можно диагностировать *дисмнестический вариант*. Беременная женщина с таким вариантом общего психического недоразвития характеризуется крайней забывчивостью, практически неспособностью к усвоению самых простых правил, низкой работоспособностью. У некоторых встречаются проявления элементов стертой амнестической афазии в виде забываний названий хорошо известных предметов. Одна из наших пациенток с дисмнестическим вариантом постоянно забывала имя новорожденного сына, что веселило её. Осуществлять полноценный уход за ребенком такие мамы не могут.

*Дисфорическая форма* общего психического недоразвития характеризуется склонностью к негативизму, конфликтности, к импульсивным поступкам на фоне постоянного злобно-тоскливого аффекта. В пубертатном возрасте девушки с этой формой, как правило, декомпенсируются, конфликтуют с родителями, отказываются учиться. Нередко они увлекаются тяжелым роком, примыкают к таким молодежным группировкам как панки, готы и пр., часто участвуют в драках. Отмечающаяся гиперсексуальность может приводить к случайной беременности, всегда нежеланной, вызывающей как экстрапунитивные, так и инпунитивные brutальные реакции. Беременные женщины с этой формой интеллектуального дефекта ненавидят изменения, происходящие в теле, ребенка, являющегося виновником этого, часто стремятся сделать аборт. Однако встречаются женщины, которые пытаются рационально объяснить свой дисфорический аффект ненавистью к миру, который не принимает её ребенка. К родившемуся ребенку такие матери часто испытывают амбивалентные чувства: то чрезмерно ласкают его, говорят о своей любви, но чаще раздражаются, склонны к физическим наказаниям. Оставлять таких женщин наедине с ребенком бывает опасно.

При *атонической форме* общего психического недоразвития практически отсутствует способность к психическому напряжению и целенаправленной деятельности. Беременные женщины с этой формой встречаются крайне редко. При *аспонтанно-апатическом варианте* отсутствие интереса к какому-либо виду деятельности, пассивность, обеднение эмоций. Привлечь их к какому либо занятию, к

учебе, к усвоению, трудовых навыков, даже к игре крайне сложно, но если это все же удается, истощение наступает очень быстро.

При *акатизическом варианте* больные чрезмерно, но не целенаправленно активны, расторможены. Их суетливое поведение носит полевой характер, так как повышена переключаемость внимания. Сосредоточиться на выполнении какого-нибудь задания им трудно.

*Мориоподобный вариант* характеризуется расторможенным дурашливым поведением на фоне эйфории. Больные болтливы, сексуально расторможены. В препубертатном и пубертатном возрасте эти проявления усиливаются, в связи с этим у девушек велик риск установления сексуальных отношений и беременности. Если это происходит, то беременность никак особенно не влияет на клиническую картину: женщина остается такой же эйфоричной, легкомысленной, благодушной, не задумывается о предстоящих родах, о ребенке, не меняет никак свой образ жизни. Без жесткого контроля и посторонней помощи справляться с обязанностями матери такая женщина не может.

Беременность, рождение ребенка у женщины с общим психическим недоразвитием – серьезная медицинская, психологическая, социальная, этическая проблема. Это – испытание и для неё, и для её родственников, и для специалистов, оказывающих ей помощь. Участвовать в решении проблемы должна команда специалистов, состоящая из акушера-гинеколога, психиатра, психолога, социального работника, юриста. Команда должна достичь взаимопонимания с пациенткой, её родственниками, работать в согласии с ними. Решение проблемы требует дифференцированного подхода с учетом тяжести интеллектуального дефекта и клинической формы общего психического недоразвития.

#### *Литература*

1. Винникотт Д.В. (Winnicott D.W., 1987) Маленькие дети и их родители / пер. с англ. М.: Независимая фирма «Класс», 1998. – 80 с.
2. Исаев Д.Н. Умственная отсталость. – СПб.: Речь, 2003. – 391 с.
3. Международная классификация болезней (10-й пересмотр) // Классификация психических и поведенческих расстройств: клинические описания и указания по диагностике. / пер. под ред. Ю.Л. Нуллера и С.Ю. Циркина. – СПб.: ВОЗ, «АДИС», 1994. – 304 с.